

 22. maj 2025

**PRODUKTRESUMÉ**

**for**

**Ticagrelor "Bluefish", filmovertrukne tabletter 60 mg**

**0. D.SP.NR.**

33809

**1. LÆGEMIDLETS NAVN**

Ticagrelor "Bluefish"

**2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING**

Hver filmovertrukket tablet indeholder 60 mg ticagrelor.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

**3. LÆGEMIDDELFORM**

Filmovertrukne tabletter (tablet)

Rund (8 mm i diameter), bikonveks, lyserød, filmovertrukket tablet.

**4. KLINISKE OPLYSNINGER**

**4.1 Terapeutiske indikationer**

Ticagrelor "Bluefish", der administreres sammen med acetylsalicylsyre (ASA), er indiceret til forebyggelse af aterotrombotiske hændelser hos voksne patienter med

* + - akut koronart syndrom (AKS) eller
		- myokardieinfarkt (MI) i anamnesen og en høj risiko for at udvikle en aterotrombotisk hændelse (se pkt. 4.2 og 5.1).

**4.2 Dosering og administration**

**Dosering**

Patienter, der tager Ticagrelor "Bluefish", skal også dagligt tage en lav vedligeholdelsesdosis af ASA 75‑150 mg, medmindre det udtrykkeligt er kontraindiceret.

Akut koronart syndrom

Ticagrelor "Bluefish"‑behandling skal indledes med en enkelt 180 mg mætningsdosis (to tabletter på hver 90 mg) og derefter fortsættes med 90 mg to gange dagligt. Det anbefales at behandle med Ticagrelor "Bluefish" 90 mg to gange dagligt i 12 måneder hos AKS‑patienter, medmindre seponering er klinisk indiceret (se pkt. 5.1).

Seponering af ASA kan overvejes efter 3 måneder hos patienter med AKS, som har gennemgået en perkutan koronar intervention (PCI‑procedure), og som har en øget risiko for blødning. I det tilfælde fortsættes ticagrelor som enkeltstof til trombocythæmmende behandling i 9 måneder (se pkt. 4.4).

Myokardieinfarkt i anamnesen

Ticagrelor "Bluefish" 60 mg to gange dagligt er den anbefalede dosis, når en forlænget behandling er nødvendig til patienter med tidligere MI for mindst et år siden og en høj risiko for en aterotrombotisk hændelse (se pkt. 5.1). Behandlingen kan indledes uden afbrydelse som fortsættelse af behandlingen efter den indledende et‑årsbehandling med Ticagrelor "Bluefish" 90 mg eller anden behandling med en adenosindifosfat (ADP)-receptorhæmmer hos AKS‑patienter, der har høj risiko for en aterotrombotisk hændelse. Behandlingen kan også indledes i op til 2 år fra MI, eller inden for et år efter ophør af tidligere behandling med ADP-receptorhæmmer. Der er begrænsede data om virkning og sikkerhed af ticagrelor ud over 3 års udvidet behandling.

Hvis der er behov for et skift, skal første dosis af Ticagrelor "Bluefish" administreres 24 timer efter sidst indgivne dosis af den foregående antitrombotiske behandling.

Glemt dosis

Afbrydelser af behandlingen skal også undgås. En patient, der springer en dosis Ticagrelor "Bluefish" over, må kun tage én tablet (næste dosis) på det planlagte doseringstidspunkt.

Særlige populationer

*Ældre*

Dosisjustering er ikke nødvendig for ældre patienter (se pkt. 5.2).

*Nedsat nyrefunktion*

Dosisjustering er ikke nødvendig for patienter med nyreinsufficiens (se pkt. 5.2).

*Nedsat leverfunktion*

Ticagrelor er ikke blevet undersøgt hos patienter med svært nedsat leverfunktion, og dets anvendelse til disse patienter er derfor kontraindiceret (se pkt. 4.3). Der er kun begrænset information tilgængelig om patienter med moderat nedsat leverfunktion. Dosisjustering anbefales ikke, men ticagrelor bør anvendes med forsigtighed (se pkt. 4.4 og 5.2). Dosisjustering er ikke nødvendig for patienter med let nedsat leverfunktion (se pkt. 5.2).

*Pædiatrisk population*

Ticagrelors sikkerhed og virkning hos børn under 18 år er ikke klarlagt. Der er ingen relevant brug af ticagrelor hos børn med seglcellesygdom (se pkt. 5.1 og 5.2).

**Administration**

Til oral anvendelse.

Ticagrelor "Bluefish" kan administreres med eller uden mad.

Til patienter, der ikke er i stand til at synke tabletten hel/tabletterne hele, kan tabletterne knuses til et fint pulver, der blandes i et halvt glas vand og drikkes straks. Glasset skal renses med yderligere et halvt glas vand og indholdet drikkes. Blandingen kan også administreres via en nasogastrisk sonde (CH8 eller højere). Det er vigtigt at skylle den nasogastriske sonde igennem med vand efter administration af blandingen. Se pkt. 6.6 for yderligere oplysninger.

**4.3 Kontraindikationer**

* Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i pkt. 6.1 (se pkt. 4.8)
* Aktiv patologisk blødning
* Intrakraniel blødning i anamnesen (se pkt. 4.8).
* Svært nedsat leverfunktion (se pkt. 4.2, 4.4 og 5.2).
* Samtidig administration af ticagrelor og stærke CYP3A4‑hæmmere (f.eks. ketoconazol, clarithromycin, nefazodon, ritonavir og atazanavir), da det kan medføre en væsentlig stigning i eksponeringen af ticagrelor (se pkt. 4.5).

**4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen**

Blødningsrisiko

Brugen af ticagrelor hos patienter med kendt øget risiko for blødning afvejes mod fordelene ved forebyggelse af aterotrombotiske hændelser (se pkt. 4.8 og 5.1). Hvis ticagrelor er klinisk indiceret, skal det bruges med forsigtighed hos følgende patientgrupper:

* Patienter med blødningstendens (f.eks. som følge af nyligt traume, nylig operation, koagulationsforstyrrelser, aktiv eller nylig gastrointestinal blødning) eller som har en øget risiko for traume. Brugen af ticagrelor er kontraindiceret hos patienter med aktiv patologisk blødning, hos patienter med intrakraniel blødning i anamnesen og hos patienter med svært nedsat leverfunktion (se pkt. 4.3).
* Patienter med samtidig administration af lægemidler, der kan øge blødningsrisikoen (f.eks. non-steroide antiinflammatoriske stoffer (NSAID), orale antikoagulantia og/eller fibrinolytika) inden for 24 timer fra dosering af ticagrelor.

I to randomiserede kontrollerede studier (TICO og TWILIGHT) hos patienter med AKS, som havde gennemgået en PCI-procedure med en medicinafgivende (*drug-eluting*) stent, har det vist sig, at seponering af ASA efter 3 måneder med trombocythæmmende kombinationsbehandling med ticagrelor og ASA (DAPT) og fortsættelse med ticagrelor som enkeltstof til trombocythæmmende behandling (SAPT) i henholdsvis 9 og 12 måneder reducerer risikoen for blødning uden nogen observeret øget risiko for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger (MACE) sammenlignet med fortsat DAPT. Beslutningen om at seponere ASA efter 3 måneder og fortsætte med ticagrelor som enkeltstof til trombocythæmmende behandling i 9 måneder hos patienter med øget risiko for blødning skal baseres på en klinisk vurdering, idet der tages højde for risikoen for blødning i forhold til risikoen for trombotiske hændelser (se pkt. 4.2).

Trombocyttransfusion reverterede ikke den trombocytfunktionshæmmende virkning af ticagrelor hos raske frivillige, og det er ikke sandsynligt, at det vil have klinisk gavn hos patienter med blødninger.

Da samtidig administration af ticagrelor og desmopressin ikke reducerede den normale

(standardiserede) blødningstid, er det usandsynligt, at desmopressin vil være effektivt til behandling af kliniske blødningshændelser (se pkt. 4.5).

Antifibrinolytisk behandling (aminokapronsyre eller tranexamsyre) og/eller rekombinant faktor VIIa‑behandling kan øge hæmostase. Ticagrelor kan genoptages, når årsagen til blødningen er blevet identificeret og kontrolleret.

Operation

Patienterne skal rådes til at oplyse læger og tandlæger om, at de tager ticagrelor, før planlægning af kirurgi, og før de begynder at anvende ny medicin.

Hos PLATO‑patienter, der fik foretaget koronar bypassoperation (CABG), havde ticagrelor flere blødninger end clopidogrel, når behandlingen blev seponeret inden for et døgn før indgrebet, men samme incidens af større blødninger sammenlignet med clopidogrel efter seponering af behandlingen to eller flere dage før indgrebet (se pkt. 4.8). For patienter, der skal have foretaget elektiv kirurgi, og hvor en trombocythæmmende effekt ikke ønskes, skal ticagrelor seponeres 5 dage før operationen (se pkt. 5.1).

Patienter med tidligere iskæmisk apopleksi

AKS‑patienter med tidligere iskæmisk apopleksi kan behandles med ticagrelor i op til 12 måneder (PLATO‑studiet).

I PEGASUS blev patienter med MI i anamnesen med tidligere iskæmisk apopleksi ikke inkluderet. På grund af manglende data frarådes behandling ud over et år derfor til disse patienter.

Nedsat leverfunktion

Anvendelsen af ticagrelor er kontraindiceret til patienter med svært nedsat leverfunktion (se pkt. 4.2 og 4.3). Der er begrænset erfaring med ticagrelor til patienter med moderat nedsat leverfunktion, og derfor bør der udvises forsigtighed ved disse patienter (se pkt. 4.2 og 5.2).

Patienter med risiko for bradykardi‑hændelser

Holter EKG‑overvågning har vist en øget frekvens af overvejende asymptomatiske ventrikulære pauser ved behandling med ticagrelor sammenlignet med clopidogrel. Patienter med øget risiko for bradykardi‑hændelser (f.eks. patienter uden en pacemaker som har syg sinus‑knude, 2. eller 3. grads AV‑blok eller bradykardi‑relateret synkope) var udelukket fra hovedstudierne, der vurderede sikkerheden og effekt af ticagrelor. Som følge af begrænset klinisk erfaring skal ticagrelor anvendes med forsigtighed hos disse patienter (se pkt. 5.1).

Der skal desuden udvises forsigtighed, når ticagrelor administreres samtidig med lægemidler, der er kendt for at inducere bradykardi. Der var dog ingen evidens af klinisk signifikante bivirkninger i PLATO‑studiet efter samtidig administration af et eller flere lægemidler, der er kendt for at inducere bradykardi (f.eks. 96 % betablokkere, 33 % calciumantagonister (diltiazem og verapamil) og 4 % digoxin) (se pkt. 4.5).

Et Holter‑monitorerings-substudie i PLATO viste, at flere patienter havde ventrikulære pauser >3 sekunder med ticagrelor end med clopidogrel i den akutte fase af deres akutte koronare syndrom (AKS). Stigningen i Holter‑påviste ventrikulære pauser med ticagrelor var større hos patienter med kronisk hjerteinsufficiens (CHF) end hos den samlede studiepopulation i den akutte fase af AKS, men ikke efter en måneds behandling med ticagrelor eller i forhold til clopidogrel. Der sås ingen uønskede kliniske konsekvenser forbundet med disse forstyrrelser (inklusive synkope eller indsættelse af pacemaker) hos denne patientpopulation (se pkt. 5.1).

Bradyarytmiske bivirkninger og AV‑blok er blevet rapporteret efter markedsføring hos patienter, der tager ticagrelor (se pkt. 4.8), primært hos patienter med AKS, hvor iskæmisk hjertesygdom og samtidig medicin, der nedsætter hjertefrekvensen eller påvirker ledningen i hjertet, er potentielle konfoundere. Patientens kliniske tilstand og samtidig medicinering bør vurderes som potentielle årsager før justering af behandlingen.

Dyspnø

Dyspnø blev indberettet hos patienter, der blev behandlet med ticagrelor. Dyspnø er i reglen af mild til moderat styrke og forsvinder ofte uden behov for seponering af behandlingen. Patienter med astma/kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan have en øget absolut risiko for at få dyspnø under behandling med ticagrelor. Ticagrelor bør anvendes med forsigtighed hos patienter med en anamnese med astma og/eller KOL. Virkningsmekanismen kendes ikke. Hvis en patient rapporterer ny, langvarig eller forværret dyspnø, skal dette undersøges fuldt ud, og hvis dyspnøen ikke tolereres, skal behandling med ticagrelor stoppes. Se pkt. 4.8 for yderligere information.

Central søvnapnø

Central søvnapnø, herunder Cheyne‑Stokes respiration, er rapporteret efter markedsføring hos patienter, der tager ticagrelor. Hvis der er mistanke om central søvnapnø, skal yderligere klinisk vurdering overvejes.

Kreatininforhøjelser

Kreatininniveauerne kan blive forhøjet under behandling med ticagrelor. Mekanismen er endnu ikke forklaret. Nyrefunktionen bør kontrolleres ifølge rutinemæssig medicinsk praksis. Hos patienter med AKS anbefales det, at nyrefunktionen også undersøges én måned efter behandlingsstart med ticagrelor, idet der udvises særlig opmærksomhed hos patienter ≥75 år, patienter med moderat/alvorligt nedsat nyrefunktion samt hos patienter, der er i samtidig behandling med en angiotensin II‑receptorantagonist (ARB).

Forhøjet urinsyre

Hyperurikæmi kan opstå under behandling med ticagrelor (se pkt. 4.8). Der skal udvises forsigtighed ved patienter med en anamnese med hyperurikæmi eller podagra. Som en sikkerhedsforanstaltning frarådes brugen af ticagrelor hos patienter med urinsyre‑nefropati.

Trombotisk trombocytopenisk purpura (TTP)

Trombotisk trombocytopenisk purpura (TTP) er meget sjældent rapporteret ved brug af ticagrelor. Det er karakteriseret ved trombocytopeni og mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi forbundet med enten neurologiske fund, nyresvigt eller feber. TTP er en potentielt letal tilstand, der kræver hurtig behandling, herunder plasmaferese.

Interferens med trombocytfunktionstest til diagnosticering af heparininduceret trombocytopeni (HIT) I heparin‑induceret trombocytaktivering (HIPA)‑test, der bliver anvendt til at diagnosticere HIT, aktiverer anti‑trombocytfaktor 4/heparin‑antistoffer i patientserum trombocytter fra raske donorer ved tilstedeværelse af heparin. Der er rapporteret om falsk negative resultater i en trombocytfunktionstest (herunder, men måske ikke begrænset til HIPA‑test) for HIT hos patienter, der får indgivet ticagrelor. Dette er relateret til den inhibering, som ticagrelor i patientens serum/plasma udøver på P2Y12‑receptoren på de raske donortrombocytter i testen. Oplysninger om samtidig behandling med ticagrelor er påkrævet for at fortolke HIT‑trombocytfunktionstests.

Hos patienter, der har udviklet HIT, skal benefit/risk ved fortsat behandling med ticagrelor vurderes under hensyntagen til både den protrombotiske tilstand af HIT og den øgede risiko for blødning ved samtidig antikoagulansbehandling og behandling med ticagrelor.

Andet

Baseret på et forhold observeret i PLATO mellem vedligeholdelsesdosis af ASA og relativ effekt af ticagrelor sammenlignet med clopidogrel bør ticagrelor ikke administreres samtidig med høje vedligeholdelsesdoser af ASA (>300 mg) (se pkt. 5.1).

Præmatur seponering

Præmatur seponering af en antitrombotisk behandling, herunder Ticagrelor "Bluefish", kan resultere i øget risiko for kardiovaskulært (CV) dødsfald, MI eller apopleksi som følge af patientens tilgrundliggende sygdom. Præmatur seponering af behandling skal derfor undgås.

Natrium

Ticagrelor "Bluefish" indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. dosis, dvs. det er i det væsentlige natriumfrit.

**4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion**

Ticagrelor er primært et CYP3A4‑substrat og en svag CYP3A4‑hæmmer. Ticagrelor er desuden et P‑glykoprotein (P‑gp)‑substrat og en svag P‑gp‑hæmmer og kan øge eksponeringen for P‑gp‑substrater.

Lægemidlers og andre produkters indvirkning på ticagrelor

*CYP3A4‑hæmmere*

* *Stærke CYP3A4‑hæmmere* – Samtidig administration af ketoconazol og ticagrelor øgede ticagrelors Cmax og AUC svarende til hhv. 2,4 gange og 7,3 gange. Cmax og AUC for den aktive metabolit blev reduceret med hhv. 89 % og 56 %. Andre stærke hæmmere af CYP3A4 (clarithromycin, nefazodon, ritonavir og atazanavir) kan forventes at have en lignende virkning, og derfor er samtidig brug af stærke CYP3A4‑hæmmere og ticagrelor kontraindiceret (se pkt. 4.3).
* *Moderate CYP3A4‑hæmmere* – Samtidig administration af diltiazem og ticagrelor øgede ticagrelors Cmax med 69 % og AUC 2,7 gange og reducerede den aktive metabolits Cmax med 38 %. AUC var uændret. Ticagrelor havde ingen indvirkning på diltiazem‑plasmaniveauerne. Andre moderate CYP3A4‑hæmmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, erythromycin og fluconazol) forventes at have en lignende virkning og kan også administreres samtidig med ticagrelor.
* Der blev observeret en 2‑fold stigning i ticagreloreksponeringen efter daglig indtagelse af større mængder grapefrugtjuice (3 x 200 ml). Øget eksponering af denne størrelse forventes ikke at være klinisk relevant for størstedelen af patienterne.

*CYP3A‑induktorer*

Samtidig administration af rifampicin og ticagrelor reducerede ticagrelors Cmax og AUC med hhv. 73 % og 86 %. Cmax for den aktive metabolit var uændret, og AUC blev reduceret med 46 %. Andre CYP3A‑induktorer (f.eks. phenytoin, carbamazepin og phenobarbital) forventes også at reducere eksponeringen for ticagrelor. Samtidig administration af ticagrelor og potente CYP3A‑induktorer kan nedsætte eksponeringen for ticagrelor og dets virkning, og derfor frarådes samtidig brug af CYP3A‑induktorer og ticagrelor.

*Ciclosporin (P‑gp‑ og CYP3A‑hæmmer)*

Samtidig administration af ciclosporin (600 mg) og ticagrelor øgede ticagrelors Cmax og AUC svarende til hhv. 2,3 gange og 2,8 gange. AUC for den aktive metabolit blev øget med 32 %, og Cmax blev reduceret med 15 % ved tilstedeværelse af ciclosporin.

Der foreligger ingen data om samtidig anvendelse af ticagrelor og andre aktive stoffer, der også er potente P‑gp‑hæmmere og moderate CYP3A4‑hæmmere (f.eks. verapamil og quinidin), der også kan øge eksponeringen for ticagrelor. Hvis samtidig behandling ikke kan undgås, tilrådes forsigtighed.

*Andre*

Kliniske farmakologiske interaktionsstudier viste, at samtidig administration af ticagrelor og heparin, enoxaparin og ASA eller desmopressin ikke havde nogen indvirkning på ticagrelors eller den aktive metabolits farmakokinetik eller på ADP‑induceret trombocytaggregation sammenlignet med ticagrelor alene. Hvis det er klinisk indiceret, tilrådes forsigtighed ved anvendelse af lægemidler, der ændrer hæmostasen, i kombination med ticagrelor.

Der er observeret en forsinket og reduceret eksponering for orale P2Y12‑inhibitorer, herunder ticagrelor og dets aktive metabolit, hos patienter med AKS, som blev behandlet med morfin (35 % reduktion i ticagreloreksponering). Denne interaktion kan være forbundet med nedsat gastrointestinal motilitet og gælder for andre opioider. Den kliniske relevans er ukendt, men data indikerer potentiale for nedsat virkning af ticagrelor hos patienter, der får ticagrelor og morfin samtidig. Hos patienter med AKS, hvor morfin ikke kan seponeres, og hvor hurtig P2Y12‑inhibering anses for afgørende, kan det overvejes at anvende en parenteral P2Y12‑inhibitor.

Indvirkning af ticagrelor på andre lægemidler

*Lægemidler, der metaboliseres af CYP3A4*

* *Simvastatin* – Samtidig administration af ticagrelor og simvastatin øgede simvastatins Cmax med 81 % og AUC med 56 % og øgede simvastatinsyres Cmax med 64 % og AUC med 52 % med nogle enkeltstående forøgelser svarende til det dobbelte og tredobbelte. Samtidig administration af ticagrelor og simvastatindoser på mere end 40 mg dagligt kan forårsage simvastatinbivirkninger og skal vejes op mod potentielle fordele. Simvastatin havde ingen indvirkning på ticagrelor‑plasmaniveauerne. Ticagrelor kan have en lignende indvirkning på lovastatin. Ticagrelor bør ikke anvendes samtidig med doser af simvastatin eller lovastatin over 40 mg.
* *Atorvastatin* – Samtidig administration af atorvastatin og ticagrelor øgede atorvastatinsyrens Cmax med 23 % og AUC med 36 %. Der blev observeret lignende forøgelser af AUC og Cmax for alle atorvastatinsyremetabolitter. Disse forøgelser betragtes ikke som klinisk signifikante.
* En sammenlignelig virkning på andre statiner, der metaboliseres af CYP3A4, kan ikke udelukkes. Patienter i PLATO, der fik ticagrelor, anvendte forskellige statiner, uden at dette blev sat i forbindelse med sikkerhedsproblemer ved statin hos de 93 % i PLATO‑kohorten, der tog disse lægemidler.

Ticagrelor er en mild CYP3A4‑hæmmer. Ticagrelor bør ikke administreres samtidig med CYP3A4‑substrater med snævert terapeutisk indeks (f.eks. cisaprid eller sekalealkaloider), da ticagrelor kan øge eksponeringen for disse lægemidler.

*P‑gp‑substrater (herunder digoxin, ciclosporin)*

Samtidig administration af ticagrelor øgede digoxins Cmax med 75 % og AUC med 28 %. De laveste gennemsnitlige digoxin‑niveauer blev øget med omkring 30 % ved samtidig administration af ticagrelor med nogle enkeltstående maksimumstigninger til det dobbelte. Der var ingen indvirkning på Cmax og AUC for ticagrelor og dets aktive metabolit under forekomst af digoxin. Relevant klinisk og/eller laboratoriemæssig monitorering anbefales derfor, når der gives P‑gp‑afhængige lægemidler med et snævert terapeutisk indeks såsom digoxin samtidig med ticagrelor.

Ticagrelor havde ingen indvirkning på ciclosporins blodkoncentration. Ticagrelors virkning på andre P‑gp‑substrater er ikke blevet undersøgt.

*Lægemidler, der metaboliseres af CYP2C9*

Samtidig administration af ticagrelor og tolbutamid resulterede ikke i en ændring af plasmaniveauerne for de to lægemidler, hvilket indikerer at ticagrelor ikke er en CYP2C9‑hæmmer og med stor sandsynlighed ikke vil ændre den CYP2C9‑medierede metabolisme af lægemidler som warfarin og tolbutamid.

*Rosuvastatin*

Ticagrelor kan påvirke den renale udskillelse af rosuvastatin og øge risikoen for akkumulering af rosuvastatin. Selvom den nøjagtige mekanisme ikke er kendt, førte samtidig brug af ticagrelor og rosuvastatin i nogle tilfælde til nedsat nyrefunktion, øget niveau af kreatinfosfokinase og rabdomyolyse.

*P‑piller*

Samtidig administration af ticagrelor og levonorgestrel og ethinylestradiol øgede ethinylestradiols eksponering med ca. 20 %, men ændrede ikke farmakokinetikken for levonorgestrel. Der forventes ingen klinisk relevant indvirkning på p‑pillers virkning, når levonorgestrel og ethinylestradiol administreres samtidig med ticagrelor.

*Lægemidler, der er kendt for at inducere bradykardi*

På grund af observationer af hovedsagelig asymptomatiske ventrikulære pauser og bradykardi bør der udvises forsigtighed i forbindelse med samtidig administration af ticagrelor og lægemidler, der vides at inducere bradykardi (se pkt. 4.4). Der var imidlertid ingen evidens af klinisk signifikante bivirkninger i PLATO‑studiet efter samtidig administration af ét eller flere lægemidler, kendt for at inducere bradykardi (f.eks. 96 % betablokkere, 33 % calciumantagonister diltiazem og verapamil og 4 % digoxin).

*Anden samtidig behandling*

I kliniske studier blev ticagrelor ofte administreret sammen med ASA, syrepumpehæmmere, statiner, betablokkere, angiotensinkonverterende enzymhæmmere (ACE‑hæmmere) og angiotensin II‑receptorantagonister efter behov for samtidige sygdomme gennem længere tid og ligeledes sammen med heparin, lavmolekylært heparin og intravenøse GpIIb/IIIa‑hæmmere i kortere tid (se pkt. 5.1). Der er ikke observeret evidens for klinisk signifikante uønskede interaktioner med disse lægemidler.

Samtidig administration af ticagrelor og heparin, enoxaparin eller desmopressin påvirkede ikke aktiveret partiel tromboplastintid (aPTT), aktiveret koagulationstid (ACT) eller faktor Xa‑analyser. På grund af potentielle farmakodynamiske interaktioner tilrådes dog forsigtighed under samtidig administration af ticagrelor og lægemidler, der vides at ændre hæmostasen.

På grund af rapporter om kutane blødningsabnormiteter i forbindelse med SSRI (f.eks. paroxetin, sertralin og citalopram) rådes til forsigtighed ved samtidig administration af SSRI og ticagrelor, da dette kan øge risikoen for blødning.

**4.6 Fertilitet, graviditet og amning**

Kvinder i den fertile alder

Kvinder i den fertile alder skal anvende sikker kontraception under behandlingen med ticagrelor for at undgå graviditet.

Graviditet

Der er ingen eller utilstrækkelige data fra anvendelse af ticagrelor til gravide kvinder. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet (se pkt. 5.3). Ticagrelor bør ikke anvendes under graviditeten.

Amning

De tilgængelige farmakodynamiske/toksikologiske data fra dyreforsøg viser, at ticagrelor og dets aktive metabolitter udskilles i mælk (se pkt. 5.3 for detaljer). En risiko for nyfødte/spædbørn kan ikke udelukkes. Det skal besluttes, om amning skal ophøre eller behandling med ticagrelor seponeres, idet der tages højde for fordelene ved amning for barnet i forhold til de terapeutiske fordele for moderen.

Fertilitet

Ticagrelor havde ingen indvirkning på fertiliteten hos han‑ og hundyr i dyreforsøg (se pkt. 5.3).

**4.7 Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner**

Ikke mærkning.

Ticagrelor påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. Tilfælde af svimmelhed og forvirring er indberettet under behandling med ticagrelor. Patienter, der oplever disse symptomer, skal derfor være forsigtige, når de fører motorkøretøj eller betjener maskiner.

**4.8 Bivirkninger**

Opsummering af sikkerhedsprofilen

Ticagrelors sikkerhedsprofil er blevet vurderet i to store fase 3‑effektundersøgelser (PLATO og PEGASUS), der omfatter mere end 39.000 patienter (se pkt. 5.1).

I PLATO var der en højere forekomst af seponering hos patienter, der fik ticagrelor, på grund af bivirkninger end for clopidogrel (7,4 % *versus* 5,4 %). I PEGASUS var der en højere forekomst af seponering hos patienter, der fik ticagrelor, på grund af bivirkninger i sammenligning med ASA‑behandling alene (16,1 % for ticagrelor 60 mg med ASA *versus* 8,5 % for ASA‑behandling alene). De mest almindeligt indberettede bivirkninger hos patienter, der blev behandlet med ticagrelor, var blødning og dyspnø (se pkt. 4.4).

Bivirkninger i tabelform

Følgende bivirkninger er identificeret i studier med ticagrelor eller indberettet efter markedsføringen af ticagrelor (tabel 1).

Bivirkningerne er anført efter MedDRA‑systemorganklasse (SOC). Inden for hver SOC er bivirkningerne opstillet efter frekvenskategori. Hyppigheden er opdelt i følgende kategorier: Meget almindelig (≥1/10), almindelig (≥1/100 til <1/10), ikke almindelig (≥1/1.000 til <1/100), sjælden (≥1/10.000 til <1/1.000), meget sjælden (<1/10.000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data).

**Tabel 1 – Bivirkninger efter hyppighed og systemorganklasse (SOC)**

| **SOC** | **Meget almindelig** | **Almindelig** | **Ikke almindelig** | **Ikke kendt** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Benigne, maligne og uspecificerede tumorer (inkl. cyster og polypper)* |  |  | Tumorblødningera |  |
| *Blod og lymfesystem* | Blødning i forbindelse med blodsygdommeb |  |  | Trombotisk trombocytopenisk purpurac |
| *Immunsystemet* |  |  | Overfølsomhed inklusive angioødemc |  |
| *Metabolisme og ernæring* | Hyperurikæmid | Podagra/urinsyregigt |  |  |
| *Psykiske forstyrrelser* |  |  | Konfusion |  |
| *Nervesystemet* |  | Svimmelhed, synkope, hovedpine | Intrakraniel blødningm |  |
| *Øjne* |  |  | Øjenblødninge |  |
| *Øre og labyrint* |  | Vertigo | Øreblødning |  |
| *Hjerte* |  |  |  | Bradyarytmi, AV- blokc |
| *Vaskulære sygdomme* |  | Hypotension |  |  |
| *Luftveje, thorax og mediastinum* | Dyspnø | Hæmoptysef |  |  |
| *Mave-tarm-kanalen* |  | Gastrointestinal blødningg, diarré, kvalme, dyspepsi, obstipation | Retroperitoneal blødning |  |
| *Hud og subkutane væv* |  | Subkutan eller dermal blødningh, udslæt, pruritus |  |  |
| *Knogler, led, muskler og bindevæv* |  |  | Muskelblødnin-geri |  |
| *Nyrer og urinveje* |  | Blødning fra urinvejenej |  |  |
| *Det reproduktive system og mammae* |  |  | Blødninger i det reproduktive systemk |  |
| *Undersøgelser* |  | Forhøjet serumkreatinind |  |  |
| *Traumer, forgiftninger og behandlings-komplikationer* |  | Blødning post procedure, traumatiske blødningerl |  |  |

a f.eks. blødning fra blærecancer, mavecancer, tarmcancer

b f.eks. øget risiko for blå mærker, spontane hæmatomer, hæmoragisk diatese

c Identificeret efter markedsføring

d Frekvenser fra laboratorieobservationer (Urinsyrestigninger til >øvre normalgrænse fra *baseline* under eller inden for referenceområde. Kreatininstigninger på >50 % fra *baseline*) og ikke summarisk frekvens af bivirkningsindberetning.

e f.eks. konjunktival, retinal, intraokulær blødning

f f.eks. epistaksis, hæmoptyse

g f.eks. gingival blødning, rektal blødning, blødende gastrisk ulcus

h f.eks. ekkymose, blødning i huden, petekkier

i f.eks. hæmartrose, muskelblødning

j f.eks. hæmaturi, hæmoragisk cystitis

k f.eks. vaginal blødning, hæmatospermi, postmenopausal blødning

l f.eks. kontusion, traumatisk hæmatom, traumatisk blødning

m dvs. spontan, procedurerelateret eller traumatisk intrakraniel blødning

Beskrivelse af udvalgte bivirkninger

*Blødning*

*Blødningsfund i PLATO*

Det samlede resultat for blødningshyppigheder i PLATO‑studiet er vist i tabel 2.

**Tabel 2 – Analyse af samlede blødningshændelser, Kaplan‑Meier‑estimater efter 12 måneder (PLATO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ticagrelor 90 mg to gange dagligt N=9235** | **Clopidogrel****N=9186** | ***p-*værdi\*** |
| PLATO Total Major | 11,6 | 11,2 | 0,4336 |
| PLATO Major Fatal/Life-Threatening | 5,8 | 5,8 | 0,6988 |
| Non-CABG PLATO Major | 4,5 | 3,8 | 0,0264 |
| Non-Procedural PLATO Major | 3,1 | 2,3 | 0,0058 |
| PLATO Total Major + Minor | 16,1 | 14,6 | 0,0084 |
| Non-Procedural PLATO Major + Minor | 5,9 | 4,3 |  <0,0001 |
| TIMI-defined Major | 7,9 | 7,7 | 0,5669 |
| TIMI-defined Major + Minor | 11,4 | 10,9 | 0,3272 |

**Definition af blødningskategorier:**

**Major Fatal/Life-threatening Bleed:** Klinisk åbenbar med en reduktion på >50 g/l af hæmoglobin eller ≥4 infunderede erytrocytenheder; eller fatal; eller intrakraniel; eller intraperikardiel med hjertetamponade; eller med hypovolæmisk shock eller svær hypotension, der kræver pressorstoffer eller operation.

**Major Other:** Klinisk åbenbar med en reduktion på 30‑50 g/l af hæmoglobin eller 2‑3 infunderede erytrocytenheder eller svært invaliderende.

**Minor Bleed:** Kræver medicinsk intervention for at stoppe eller behandle blødningen.

**TIMI Major Bleed:** Klinisk åbenbar med en reduktion på >50 g/l af hæmoglobin eller intrakraniel blødning.

**TIMI Minor Bleed:** Klinisk åbenbar med en reduktion på 30‑50 g/l af hæmoglobin.

\**p*-værdi beregnet fra Cox proportional hazards‑model med behandlingsgruppe som den eneste forklarende variabel.

Ticagrelor og clopidogrel adskilte sig ikke med hensyn til hyppighed af PLATO *Major Fatal/Life-threatening bleeding*, PLATO *total Major bleeding*, TIMI *Major bleeding* eller TIMI *Minor bleeding* (Tabel 2). Der forekom dog flere kombinerede *Major* + *Minor bleedings* iht. PLATO med ticagrelor sammenlignet med clopidogrel. Der var få patienter i PLATO, der havde letale blødninger: 20 (0,2 %) for ticagrelor og 23 (0,3 %) for clopidogrel (se pkt. 4.4).

Hverken alder, køn, vægt, etnicitet, geografisk region, samtidige sygdomme, samtidig behandling eller anamnese, herunder tidligere apopleksi og transitorisk iskæmisk attak, kunne forudsige de samlede eller *non-procedurale* PLATO *Major bleeding.* Der kunne derfor ikke identificeres en særlig risikogruppe for nogen kategorier af blødninger.

Koronar bypass-relateret (CABG) blødning:

42 % af de 1584 patienter (12 % af kohorten) i PLATO, der fik foretaget koronar bypassoperation (CABG), fik en PLATO *Major Fatal/Life-threatening bleeding* uden forskel behandlingsgrupperne imellem. Der forekom letal koronar bypass-blødning hos 6 patienter i hver behandlingsgruppe (se pkt. 4.4).

Ikke koronar-bypass (non-CABG)‑relateret blødning og ikke‑procedurerelateret blødning:

Der var ingen forskel ticagrelor og clopidogrel imellem mht. non-CABG PLATO-defineret *Major Fatal/Life-threatening bleeding*, mens PLATO-definerede *Total Major, TIMI Major og TIMI Major + Minor bleeding* var mere almindelige med ticagrelor. Ligeledes forekom der, når alle procedurerelaterede blødninger blev fjernet, flere blødninger med ticagrelor end med clopidogrel (tabel 2). Behandlingsophør som følge af ikke‑procedurerelateret blødning var mere almindelig for ticagrelor (2,9 %) end for clopidogrel (1,2 %; p<0,001).

Intrakraniel blødning:

Der var flere intrakranielle ikke‑procedurerelaterede blødninger med ticagrelor (n=27 blødninger hos 26 patienter, 0,3 %) end med clopidogrel (n=14 blødninger, 0,2 %), hvoraf 11 blødninger med ticagrelor og 1 med clopidogrel var letale. Der var ingen forskel i det samlede antal letale blødninger.

*Blødningsfund i PEGASUS*

Det samlede resultat af blødningshændelser i PEGASUS‑studiet er vist i tabel 3.

**Tabel 3 – Analyse af samlede blødningshændelser, Kaplan‑Meier‑estimater efter 36 måneder (PEGASUS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ticagrelor 60 mg to gange dagligt + ASA****N=6958** | **ASA alene N=6996** |  |
| **Sikkerhedsendepunkter** | **KM%** | **Hazard Ratio****(95 % CI)** | **KM%** | ***p*-værdi** |
| **TIMI‑definerede blødningskategorier** |
| TIMI Major | 2,3 | 2,32(1,68; 3,21) | 1,1 | <0,0001 |
| Fatal | 0,3 | 1,00(0,44; 2,27) | 0,3 | 1,0000 |
| ICH | 0,6 | 1,33(0,77; 2,31) | 0,5 | 0,3130 |
| Anden TIMI Major | 1,6 | 3,61(2,31; 5,65) | 0,5 | <0,0001 |
| TIMI Major eller Minor | 3,4 | 2,54(1,93; 3,35) | 1,4 | <0,0001 |
| TIMI Major eller Minor eller kræver lægehjælp | 16,6 | 2,64(2,35; 2,97) | 7,0 | <0,0001 |
| **PLATO‑definerede blødningskategorier** |
| PLATO Major | 3,5 | 2,57(1,95; 3,37) | 1,4 | <0,0001 |
| Fatal/Life-threatening | 2,4 | 2,38(1,73; 3,26) | 1,1 | <0,0001 |
| Other PLATO Major | 1,1 | 3,37(1,95; 5,83) | 0,3 | <0,0001 |
| PLATO Major eller Minor | 15,2 | 2,71(2,40; 3,08) | 6,2 | <0,0001 |

**Definition af blødningskategorier:**

**TIMI Major:** Fatal blødning ELLER en intrakraniel blødning ELLER klinisk åbenlyse tegn på blødning forbundet med fald i hæmoglobin (Hgb) på ≥50 g/l, eller når Hgb ikke er tilgængelig, et fald i hæmatokrit (Hct) på 15 %.

**Fatal:** En blødningshændelse, der fører direkte til dødsfald inden for 7 dage. **ICH**: Intrakraniel blødning.

**Anden TIMI Major**: Ikke‑fatal ikke‑ICH TIMI Major bleeding.

**TIMI Minor**: Klinisk åbenlys med 30‑50 g/l fald i hæmoglobin.

**TIMI, der kræver lægehjælp:** Kræver intervention, ELLER medfører hospitalsindlæggelse, ELLER foranlediger vurdering.

**PLATO Major Fatal/life-threatening:** Fatal blødning, ELLER en intrakraniel blødning, ELLER intraperikardiel med hjertetamponade, ELLER med hypovolæmisk shock eller svær hypotension, der kræver pressorstoffer/inotroper eller operation ELLER klinisk åbenlys med >50 g/l fald i hæmoglobin eller ≥4 infunderede erytrocytenheder.

**PLATO Major Other:** Signifikant invaliderende, ELLER klinisk åbenlys med 30‑50 g/l fald i hæmoglobin, ELLER 2‑3 infunderede erytrocytenheder.

**PLATO Minor:** Kræver medicinsk intervention for at stoppe eller behandle blødninger.

I PEGASUS var *TIMI Major bleeding* for ticagrelor 60 mg to gange dagligt højere end for ASA alene. Der blev ikke set nogen øget blødningsrisiko for letal blødning og kun en mindre stigning blev observeret i intrakranielle blødninger i sammenligning med ASA‑behandling alene. Der var få letale blødningshændelser i studiet, 11 (0,3 %) for ticagrelor 60 mg og 12 (0,3 %) for ASA‑behandling alene. Den observerede øgede risiko for *TIMI Major bleeding* med ticagrelor 60 mg skyldtes primært en højere frekvens af andre *TIMI Major bleedings* på grund af hændelser i den gastrointestinale SOC.

Øgede blødningsmønstre svarende til *TIMI Major* blev set for blødningskategorierne *TIMI Major* eller *Minor* og PLATO *Major* og PLATO *Major* eller *Minor* (se tabel 3). Afbrydelse af behandlingen på grund af blødning var mest almindeligt med ticagrelor 60 mg i forhold til ASA‑behandling alene (henholdsvis 6,2 % og 1,5 %). Størstedelen af disse blødninger var mindre alvorlige (klassificeret som TIMI, der kræver lægehjælp), f.eks. epistaksis, blå mærker og hæmatomer.

Blødningsprofilen for ticagrelor 60 mg var konsistent over flere prædefinerede undergrupper (f.eks. efter alder, køn, vægt, etnicitet, geografisk region, samtidige sygdomme, samtidig behandling og anamnese) for *TIMI Major*, *TIMI Major* eller *Minor* og PLATO *Major* blødningshændelser.

Intrakraniel blødning:

Spontane intrakranielle blødninger blev rapporteret i samme størrelsesorden for ticagrelor 60 mg og for ASA‑behandling alene (n=13, 0,2 % i begge behandlingsgrupper). Traumatiske og procedurerelaterede intrakranielle blødninger viste en mindre stigning ved behandling med ticagrelor 60 mg, (n=15, 0,2 %) sammenlignet med ASA-behandling alene (n=10, 0,1 %). Der var 6 letale intrakranielle blødninger med ticagrelor 60 mg og 5 letale intrakranielle blødninger med

ASA‑behandling alene. Forekomsten af intrakraniel blødning var lav i begge behandlingsgrupper på trods af den signifikante komorbiditet og CV‑risikofaktorer i studiepopulationen.

*Dyspnø*

Der er blevet rapporteret om dyspnø, en fornemmelse af kortåndethed, hos patienter, som blev behandlet med ticagrelor. Der blev i PLATO rapporteret bivirkninger med dyspnø (dyspnø, dyspnø under hvile, dyspnø ved anstrengelse, paroksysmal natlig dyspnø og natlig dyspnø) sammenlagt hos 13,8 % af de patienter, der blev behandlet med ticagrelor, og hos 7,8 % af de patienter, der blev behandlet med clopidogrel. Hos 2,2 % af de patienter, der tog ticagrelor og hos 0,6 %, der tog clopidogrel, anså investigatorerne dyspnøen for at være kausalt forbundet til behandlingen i

PLATO‑studiet, og få tilfælde var alvorlige (0,14 % ticagrelor; 0,02 % clopidogrel) (se pkt. 4.4). De hyppigst rapporterede symptomer på dyspnø var milde til moderate i styrke, og de fleste blev rapporteret som enkelte episoder tidligt efter behandlingsstart.

I sammenligning med clopidogrel kan patienter med astma/KOL, som behandles med ticagrelor, have en øget risiko for at få ikke‑alvorlig dyspnø (3,29 % ticagrelor *versus* 0,53 % clopidogrel) og alvorlig dyspnø (0,38 % ticagrelor *versus* 0,00 % clopidogrel). I absolutte termer var risikoen højere end i den samlede PLATO‑population. Ticagrelor bør anvendes med forsigtighed til patienter med astma og/eller KOL i anamnesen (se pkt. 4.4).

Omkring 30 % af episoderne gik over af sig selv inden for 7 dage. PLATO omfattede patienter med *baseline* kongestivt hjertesvigt, KOL eller astma; det var mere sandsynligt, at disse patienter, og de ældre, indberettede dyspnø. Ved ticagrelor afbrød 0,9 % af patienterne studielægemidlet på grund af dyspnø sammenlignet med 0,1 %, der fik clopidogrel. Den højere frekvens af dyspnø med ticagrelor er ikke forbundet med ny eller forværret hjerte‑ eller lungesygdom (se pkt. 4.4). Ticagrelor påvirker ikke tests af lungefunktionen.

I PEGASUS blev der rapporteret dyspnø hos 14,2 % af de patienter, der tog ticagrelor 60 mg to gange dagligt og hos 5,5 % af de patienter, der kun tog ASA. Ligesom i PLATO var de fleste indberettede tilfælde af dyspnø lette til moderate i styrke (se pkt. 4.4). De patienter, som rapporterede dyspnø havde en tendens til at være ældre og med en hyppigere frekvens af dyspnø, KOL eller astma ved *baseline*.

*Undersøgelser*

Forhøjet urinsyre: I PLATO steg serum‑urinsyre til mere end den øvre normalgrænse hos 22 % af de patienter, der fik ticagrelor, sammenlignet med 13 % af de patienter, der fik clopidogrel. De tilsvarende tal for PEGASUS var 9,1 %, 8,8 % og 5,5 % for henholdsvis ticagrelor 90 mg, 60 mg og placebo. Den gennemsnitlige urinsyre steg ca. 15 % på ticagrelor sammenlignet med ca. 7,5 % på clopidogrel, og faldt efter behandlingen blev stoppet til ca. 7 % på ticagrelor, mens der ikke blev set noget fald for clopidogrel. I PEGASUS blev der observeret en reversibel stigning i de gennemsnitlige urinsyreniveauer i serum på 6,3 % og 5,6 % for henholdsvis ticagrelor 90 mg og 60 mg, sammenlignet med et 1,5 % fald i placebogruppen. I PLATO var hyppigheden af urinsyregigt 0,2 % for ticagrelor *vs.* 0,1 % for clopidogrel. De tilsvarende tal for podagra/urinsyregigt i PEGASUS var 1,6 %, 1,5 % og 1,1 % for henholdsvis ticagrelor 90 mg, 60 mg og placebo.

Indberetning af formodede bivirkninger

Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via:

Lægemiddelstyrelsen

Axel Heides Gade 1

DK-2300 København S

Websted: www.meldenbivirkning.dk

**4.9 Overdosering**

Ticagrelor er veltolereret i enkeltdoser på op til 900 mg. Gastrointestinal toksicitet var dosisbegrænsende i et studie, der undersøgte en enkelt stigende dosis. Andre klinisk betydningsfulde bivirkninger, der kan forekomme ved overdosering, inkluderer dyspnø og ventrikulære pauser (se pkt. 4.8).

I tilfælde af en overdosis kan ovennævnte potentielle bivirkninger opstå, og EKG‑monitorering bør overvejes.

Der er i øjeblikket ingen kendt antidot til at reversere virkningerne af ticagrelor, og ticagrelor er ikke dialyserbart (se pkt. 5.2). Behandling af overdosering skal følge lokal medicinsk standardpraksis. Den forventede virkning af for høj dosering med ticagrelor er, at den blødningsrisiko, der er forbundet med trombocythæmning, vil vare længere. Det er ikke sandsynligt, at trombocytinfusion vil have klinisk gavn hos patienter med blødninger (se pkt. 4.4). Der skal i tilfælde af blødning tages andre relevante understøttende forholdsregler.

**4.10 Udlevering**

B

**5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER**

**5.1 Farmakodynamiske egenskaber**

Farmakoterapeutisk klassifikation: Blodplade‑aggregationshæmmere eksklusive heparin, ATC-kode: B01AC24.

Virkningsmekanisme

Ticagrelor "Bluefish" indeholder ticagrelor, som tilhører den kemiske gruppe CPTP

(cyklopentyltriazolpyrimidiner), som er en oral direkte virkende, selektiv og reversibelt bindende P2Y12‑receptorantagonist, der hindrer ADP‑medieret P2Y12‑afhængig trombocytaktivering og aggregation. Ticagrelor hindrer ikke ADP‑binding, men når det er bundet til P2Y12‑receptoren, forhindrer det ADP‑induceret signaltransduktion. Eftersom trombocytter deltager i initieringen og/eller udviklingen af trombotiske komplikationer ved aterosklerotisk sygdom, er hæmning af trombocytfunktionen vist at reducere risikoen for CV‑hændelser såsom død, MI og apopleksi.

Ticagrelor øger tillige de lokale endogene adenosinniveauer ved at hæmme den equilibrative nukleosidtransportør‑1 (ENT‑1).

Det er påvist, at ticagrelor forstærker følgende adenosininducerede virkninger hos raske forsøgspersoner og hos patienter med akut koronart syndrom: vasodilatation (målt som stigning i den koronare blodgennemstrømning hos raske forsøgspersoner og patienter med akut koronart syndrom; hovedpine), hæmning af trombocytfunktion (i humant fuldblod *in vitro*) og dyspnø. En forbindelse mellem de observerede adenosinstigninger og de kliniske resultater (f.eks. morbiditet‑mortalitet) er dog ikke blevet fuldstændigt klarlagt.

Farmakodynamisk virkning

*Start på virkning*

Hos patienter med stabil koronararteriesygdom (CAD) i ASA‑behandling udviste ticagrelor en hurtigt indsættende farmakologisk virkning, hvilket blev påvist ud fra en gennemsnitlig IPA (inhibition of platelet aggregation) for ticagrelor på omkring 41 % en halv time efter en 180 mg mætningsdosis, en maksimal IPA på 89 % 2 til 4 timer efter dosering; denne blev fastholdt i 2‑8 timer. 90 % af patienterne havde en endelig påvirkning af IPA på >70 % 2 timer efter dosering.

*Ophør af virkning*

Hvis der er planlagt en koronar bypass-operation, vil der være en øget blødningsrisiko med ticagrelor sammenlignet med clopidogrel, når behandlingen afbrydes mindre end 96 timer inden proceduren.

*Data vedrørende skift*

Et skift fra clopidogrel 75 mg til ticagrelor 90 mg to gange dagligt resulterer i en absolut IPA‑stigning på 26,4 %, og et skift fra ticagrelor til clopidogrel resulterer i en absolut IPA‑reduktion på 24,5 %. Patienter kan skiftes fra clopidogrel til ticagrelor, uden at hæmningen af trombocytfunktionen afbrydes (se pkt. 4.2).

Klinisk virkning og sikkerhed

Den kliniske evidens for virkning og sikkerhed ved ticagrelor stammer fra to fase 3‑studier:

* PLATO [PLATelet Inhibition and Patient Outcomes]‑studiet, en sammenligning mellem ticagrelor og clopidogrel, begge givet i kombination med ASA og anden standardbehandling.
* PEGASUS TIMI‑54 [PrEvention with TicaGrelor of SecondAry Thrombotic Events in High‑RiSk AcUte Coronary Syndrome Patients]‑studiet, en sammenligning mellem ticagrelor kombineret med ASA og ASA‑behandling alene.

*PLATO‑studiet (akut koronart syndrom)*

PLATO‑studiet omfattede 18.624 patienter, som henvendte sig inden for 24 timer efter debut af symptomer på ustabil angina (UA), non‑ST‑elevationsmyokardieinfarkt (NSTEMI) eller ST‑elevationsmyokardieinfarkt (STEMI), og som indledningsvist blev behandlet med medicin eller fik en perkutan koronar intervention (PCI) eller en CABG.

*Klinisk virkning*

Baseret på dagligt brug af ASA viste ticagrelor 90 mg to gange dagligt sig at være bedre end clopidogrel 75 mg dagligt til at forebygge det sammensatte endepunkt for CV‑dødsfald, MI eller apopleksi, hvor forskellen var forårsaget af CV‑dødsfald og MI. Patienterne fik en mætningsdosis på 300 mg clopidogrel (evt. 600 mg, hvis de skulle have PCI) eller 180 mg ticagrelor.

Resultatet viste sig tidligt (absolut risikoreduktion [ARR] på 0,6 % og relativ risikoreduktion [RRR] på 12 % efter 30 dage) med en konstant behandlingseffekt gennem hele den 12 måneders periode, hvilket gav en ARR på 1,9 % pr. år med en RRR på 16 %. Dette indikerer, at det er hensigtsmæssigt at behandle patienter med ticagrelor 90 mg to gange dagligt i 12 måneder (se pkt. 4.2). Ved at behandle 54 AKS‑patienter med ticagrelor i stedet for clopidogrel forebygges 1 aterotrombotisk hændelse; ved at behandle 91 patienter forebygges 1 kardiovaskulært dødsfald (se figur 1 og tabel 4).

Effekten af behandling med ticagrelor i forhold til clopidogrel synes at være konsistent på tværs af mange undergrupper, herunder vægt; køn; anamnese med diabetes mellitus, transitorisk iskæmisk attak eller non‑hæmoragisk apopleksi eller revaskularisering; samtidige behandlinger herunder hepariner, GpIIb/IIIa‑hæmmere og syrepumpehæmmere (se pkt. 4.5); den endelige indekshændelsesdiagnose (STEMI, NSTEMI eller UA); og behandlingsmetode bestemt ved randomisering (invasiv eller medicinsk).

Der sås en svagt signifikant behandlingsinteraktion i forhold til region, hvorved hazard ratio (HR) for det primære endepunkt falder ud til fordel for ticagrelor i resten af verden, men ikke i Nordamerika, hvor udfaldet er til fordel for clopidogrel, som udgjorde ca. 10 % af den samlede undersøgte population (interaktion‑p‑værdi = 0,045). Eksplorative analyser tyder på en mulig forbindelse med ASA‑dosis, således at der blev observeret reduceret effekt af ticagrelor med øgede ASA‑doser. Kroniske daglige ASA‑doser i kombination med ticagrelor bør være 75‑150 mg (se pkt. 4.2 og 4.4).

Figur 1 viser den estimerede risiko for den første forekomst af en hændelse ved det sammensatte effekt‑endepunkt.

**Figur 1 – Analyse af det primære kliniske sammensatte endepunkt for CV‑dødsfald, MI og apopleksi (PLATO)**

Ticagrelor reducerede forekomsten af det primære sammensatte endepunkt sammenlignet med clopidogrel i både UA/NSTEMI‑ og STEMI‑populationen (tabel 4). Således kan Ticagrelor "Bluefish" 90 mg to gange dagligt anvendes sammen med en lav dosis ASA til patienter med AKS (ustabil angina, non‑ST‑elevationsmyokardieinfarkt [NSTEMI] eller ST‑elevationsmyokardieinfarkt [STEMI]. Dette inkluderer patienter, som er blevet medicinsk behandlet, og patienter, som har fået en perkutan koronar intervention (PCI) eller en koronar bypassoperation (CABG).

**Tabel 4. Analyse af primære og sekundære endepunkter (PLATO)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ticagrelor 90 mg to gange dagligt****(% patienter med hændelse)****N=9333** | **Clopidogrel 75 mg****én gang dagligt (% patienter med hændelse) N=9291** | **ARRa****(%/år)** | **RRRa (%) (95 % CI)** | ***p-*værdi** |
| CV‑dødsfald, MI (tavst MI undtaget) eller apopleksi | 9,3 | 10,9 | 1,9 | 16 (8; 23) | 0,0003 |
| Invasiv behandling planlagt | 8,5 | 10,0 | 1,7 | 16 (6; 25) | 0,0025 |
| Medicinsk behandling planlagt | 11,3 | 13,2 | 2,3 | 15 (0,3; 27) | 0,0444d |
| CV‑dødsfald | 3,8 | 4,8 | 1,1 | 21 (9; 31) | 0,0013 |
| MI (tavst MI undtaget)b | 5,4 | 6,4 | 1,1 | 16 (5; 25) | 0,0045 |
| Apopleksi | 1,3 | 1,1 | -0,2 | -17 (-52; 9) | 0,2249 |
| Mortalitet uanset årsag, MI (tavst MI undtaget) eller apopleksi | 9,7 | 11,5 | 2,1 | 16 (8; 23) | 0,0001 |
| CV‑dødsfald, MI i alt, apopleksi, SRI, RI, TIA eller andre ATEc | 13,8 | 15,7 | 2,1 | 12 (5; 19) | 0,0006 |
| Mortalitet uanset årsag | 4,3 | 5,4 | 1,4 | 22 (11; 31) | 0,0003d |
| Definitiv stenttrombose | 1,2 | 1,7 | 0,6 | 32 (8; 49) | 0,01123d |

a ARR = absolut risikoreduktion; RRR = relativ risikoreduktion = (1‑risikoraten) x 100 %. En negativ RRR indikerer en

stigning i relativ risiko.

b Tavst MI undtaget.

c SRI = alvorlig recidiverende iskæmi; RI = recidiverende iskæmi; TIA = transitorisk iskæmisk attak; ATE = arteriel trombotisk hændelse. MI i alt inkluderer tavst MI, hvor dato for hændelsen er sat til dato for konstatering.

d Nominel signifikansværdi; alle andre er formelt statistisk signifikante ifølge prædefinerede hierarkiske tests.

Genetisk PLATO‑substudie

CYP2C19‑ og ABCB1‑genotypebestemmelse af 10.285 patienter i PLATO muliggjorde en undersøgelse af sammenhæng mellem genotypegrupper og PLATO‑resultater. At ticagrelor var bedre end clopidogrel til at reducere alvorlige CV‑hændelser blev ikke signifikant påvirket af patienternes CYP2C19‑ eller ABCB1‑genotype. I lighed med det overordnede PLATO‑studie, var samlet PLATO *Major Bleeding* ikke forskellig ticagrelor og clopidogrel imellem, uanset CYP2C19‑ eller ABCB1‑genotypen. Der sås en øgning i non‑CABG PLATO *Major Bleeding* med ticagrelor sammenlignet med clopidogrel hos patienter med en eller flere CYP2C19‑alleler med nedsat funktion, men på samme niveau som clopidogrel hos patienter uden alleler med funktionstab.

*Kombineret virknings‑ og sikkerhedsprofil*

En kombineret virknings‑ og sikkerhedsprofil (kardiovaskulære dødsfald, MI, apopleksi eller PLATO‑defineret "*Total Major*" blødning) indikerer, at fordelen ved ticagrelors virkning sammenlignet med clopidogrels ikke udlignes af de alvorlige blødningshændelser (ARR 1,4 %, RRR 8 %, HR 0,92; p=0,0257) gennem 12 måneder efter AKS.

*Klinisk sikkerhed*

Holter‑substudie:

For at undersøge forekomsten af ventrikulære pauser og andre arytmiske episoder under PLATO udførte investigatorerne Holter‑.monitorering i en undergruppe på knap 3.000 patienter, hvoraf ca. 2.000 havde optagelser i såvel den akutte fase af deres AKS som efter én måned. Den primære variabel af interesse var forekomsten af ventrikulære pauser på ≥3 sekunder. Der var flere patienter der havde ventrikulære pauser med ticagrelor (6,0 %) end med clopidogrel (3,5 %) i den akutte fase; og hhv. 2,2 % og 1,6 % efter 1 måned (se pkt. 4.4). Stigningen i ventrikulære pauser i den akutte fase af et AKS var mere udtalt for ticagrelor‑patienter med kronisk hjerteinsufficiens i anamnesen (9,2 % *versus* 5,4 % af patienter uden anamnestisk kronisk hjerteinsufficiens. For clopidogrel‑patienter var forholdet 4,0 % af dem med *versus* 3,6 % af dem uden kronisk hjerteinsufficiens i anamnesen). Denne ubalance forekom ikke efter en måned: 2,0 % *versus* 2,1 % af ticagrelor‑patienter henholdsvis med og uden kronisk hjerteinsufficiens i anamnesen, og 3,8 % *versus* 1,4 % med clopidogrel. Der var ingen uønskede kliniske konsekvenser forbundet med denne ubalance (herunder anlæggelse af pacemaker) hos denne patientpopulation.

*PEGASUS‑studiet (myokardieinfarkt i anamnesen)*

PEGASUS TIMI‑54‑studiet var et hændelsesdrevet, randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret, internationalt multicenterstudie med parallelgrupper med 21.162 deltagende patienter. Studiet skulle vurdere forebyggelse af aterotrombotiske hændelser, hvor ticagrelor blev givet i 2 doser (enten 90 mg to gange dagligt eller 60 mg to gange dagligt) i kombination med en lav dosis ASA (75‑150 mg), sammenlignet med ASA‑behandling alene til patienter med tidligere MI og yderligere risikofaktorer for aterotrombose.

Patienterne var egnede til at deltage, hvis de var 50 år eller derover, tidligere havde haft MI (1 til 3 år før randomisering) og havde mindst én af følgende risikofaktorer for aterotrombose: alder ≥65 år, diabetes mellitus med behov for medicin, et andet tidligere MI, evidens for multikar‑CAD eller kronisk nedsat nyrefunktion, der ikke er i slutstadiet.

Patienterne var uegnede, hvis der var planlagt anvendelse af en P2Y12‑receptorantagonist, dipyridamol, cilostazol eller behandling med antikoagulantia under studiet; hvis de havde en blødningsforstyrrelse eller tidligere iskæmisk apopleksi eller intrakraniel blødning, en tumor i centralnervesystemet eller en intrakraniel vaskulær abnormitet; hvis de havde haft gastrointestinal blødning inden for de foregående 6 måneder eller gennemgået større operationer inden for de foregående 30 dage.

*Klinisk virkning*

**Figur 2 – Analyse af det primære kliniske sammensatte endepunkt for CV‑dødsfald, MI og apopleksi (PEGASUS)**

**Tabel 5 – Analyse af primære og sekundære endepunkter for virkning (PEGASUS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ticagrelor 60 mg to gange dagligt +ASA N = 7045** | **ASA alene** **N = 7067** | ***p*‑værdi** |
| **Karakteristika** | **Patienter med hændelser** | **KM %** | **HR (95 % CI)** | **Patienter med hændelser** | **KM %** |
| Primært endepunkt |
| Sammensat endepunkt CV‑dødsfald/MI/ apopleksi | 487 (6,9 %) | 7,8 % | 0,84(0,74; 0,95) | 578 (8,2 %) | 9,0 % | 0,0043 (s) |
| CV‑dødsfald | 174 (2,5 %) | 2,9 % | 0,83(0,68; 1,01) | 210 (3,0 %) | 3,4 % | 0,0676 |
| MI | 285 (4,0 %) | 4,5 % | 0,84(0,72; 0,98) | 338 (4,8 %) | 5,2 % | 0,0314 |
| Apopleksi | 91 (1,3 %) | 1,5 % | 0,75(0,57; 0,98) | 122 (1,7 %) | 1,9 % | 0,0337 |
| Sekundært endepunkt |
| CV‑dødsfald | 174 (2,5 %) | 2,9 % | 0,83(0,68; 1,01) | 210 (3,0 %) | 3,4 % | - |
| Dødsfald af alle årsager | 289 (4,1 %) | 4,7 % | 0,89(0,76; 1,04) | 326 (4,6 %) | 5,2 % | - |

Hazard ratio og *p*‑værdier er beregnet separat for ticagrelor *versus* ASA‑behandling alene ud fra Cox proportional hazards‑model med behandlingsgruppe som den eneste forklarende variabel.

KM‑procentdel beregnet efter 36 måneder.

Bemærk: Antallet af første hændelser for komponenterne CV‑dødsfald, MI og apopleksi er det faktiske antal af første hændelser for hver komponent og adderer ikke op til antallet af hændelser i det sammensatte endepunkt.

(s) Indikerer statistisk signifikans.

CI = Konfidensinterval; CV = Kardiovaskulær; HR = Hazard ratio; KM = Kaplan‑Meier; MI = Myokardieinfarkt; N = Antal patienter.

Både behandling med ticagrelor 60 mg to gange dagligt og 90 mg to gange dagligt i kombination med ASA havde bedre effekt end ASA alene til forebyggelse af aterotrombotiske hændelser (sammensat endepunkt: CV‑dødsfald, MI og apopleksi) med en konsistent behandlingseffekt over hele studieperioden og gav en 16 % RRR og 1,27 % ARR for ticagrelor 60 mg og en 15 % RRR og 1,19 % ARR for ticagrelor 90 mg.

Selvom virkningsprofilerne for 90 mg og 60 mg var ens er der evidens for, at den lavere dosis har en bedre tolerance‑ og sikkerhedsprofil i forbindelse med risiko for blødning og dyspnø. Derfor anbefales kun Ticagrelor "Bluefish" 60 mg to gange dagligt administreret sammen med ASA til forebyggelse af aterotrombotiske hændelser (CV‑dødsfald, MI og apopleksi) til patienter med tidligere MI og en høj risiko for at udvikle en aterotrombotisk hændelse.

I forhold til ASA alene reducerede ticagrelor 60 mg to gange dagligt signifikant det primære sammensatte endepunkt for CV‑dødsfald, MI og apopleksi. Hver af disse komponenter bidrog til reduktionen i det primære sammensatte endepunkt (CV‑dødsfald 17 % RRR, MI 16 % RRR og apopleksi 25 % RRR).

RRR for det sammensatte endepunkt fra 1 til 360 dage (17 % RRR) og fra 361 dage og derover (16 % RRR) var ens. Der er begrænsede data om virkning og sikkerhed for ticagrelor ud over 3 års udvidet behandling.

Der var ingen beviser for fordele (ingen reduktion af det primære sammensatte endepunkt for CV‑død, MI og apopleksi, men en stigning i *major bleeding*) når ticagrelor 60 mg to gange dagligt blev givet til klinisk stabile patienter >2 år fra MI eller mere end et år efter seponering af tidligere behandling med en ADP‑receptorhæmmer (se også pkt. 4.2).

*Klinisk sikkerhed*

Ticagrelor 60 mg seponeredes hyppigere på grund af blødning og dyspnø hos patienter på >75 år end hos yngre patienter (interval: 23‑31 %) med en forskel *versus* placebo, der var større end 10 % (42 % *versus* 29 %) hos patienter >75 år.

Pædiatrisk population

I et randomiseret, dobbeltblindet fase III‑studie med parallelgrupper (HESTIA 3) blev 193 pædiatriske patienter (i alderen 2 til under 18 år) med seglcellesygdom randomiseret til at få enten placebo eller ticagrelor i doser på 15 mg til 45 mg to gange dagligt afhængigt af legemsvægt. Ticagrelor gav en median trombocythæmning på 35 % før dosering og 56 % 2 timer efter dosering ved steady state.

Sammenlignet med placebo var der ingen behandlingsfordel ved ticagrelor i forhold til hyppigheden af vaso‑okklusive kriser.

Det Europæiske Lægemiddelagentur har dispenseret fra kravet om at fremlægge resultaterne af studier med referencelægemidlet, som indeholder ticagrelor, i alle undergrupper af den pædiatriske population med akut koronart syndrom (AKS) og myokardieinfarkt (MI) i anamnesen (se pkt. 4.2 for information om pædiatrisk anvendelse).

**5.2 Farmakokinetiske egenskaber**

Ticagrelor udviste lineær farmakokinetik og eksponering for ticagrelor, og den aktive metabolit (AR‑C124910XX) er omtrent dosisproportional op til 1.260 mg.

Absorption

Absorptionen af ticagrelor er hurtig med en gennemsnitlig tmax på ca. 1,5 time. Dannelsen af den vigtigste cirkulerende metabolit AR‑C124910XX (også aktiv) fra ticagrelor er hurtig med en median tmax på ca. 2,5 timer. Efter en oral enkeltdosis af ticagrelor 90 mg til fastende raske forsøgspersoner er

Cmax 529 ng/ml og AUC 3.451 ng\*t/ml. Metabolit/stamform‑forholdet er 0,28 for Cmax og 0,42 for AUC. Farmakokinetikken for ticagrelor og AR‑C124910XX hos patienter med MI i anamnesen svarede generelt til farmakokinetikken for AKS‑populationen. På baggrund af en farmakokinetisk populationsanalyse af PEGASUS‑studiet var median ticagrelor Cmax 391 ng/ml og AUC var 3.801 ng\*t/ml ved steady state for ticagrelor 60 mg. For ticagrelor 90 mg var Cmax 627 ng/ml og AUC var 6.255 ng\*t/ml ved steady state.

Den gennemsnitlige absolutte biotilgængelighed af ticagrelor blev estimeret til at være 36 %.

Indtagelse af et måltid med højt fedtindhold resulterede i en 21 % forøgelse af ticagrelors AUC og en 22 % reduktion af den aktive metabolits Cmax, men havde ingen indvirkning på ticagrelors Cmax eller AUC for den aktive metabolit. Disse små ændringer betragtes kun som havende minimal klinisk signifikans, og ticagrelor kan derfor gives med eller uden mad. Ticagrelor samt den aktive metabolit er P‑gp‑substrater.

Biotilgængeligheden af ticagrelor og de aktive metabolitter for knuste tabletter, blandet i vand, givet oralt eller administreret gennem en nasogastrisk sonde ned til maven, er sammenlignelig med biotilgængeligheden af de hele filmovertrukne tabletter med hensyn til AUC og Cmax. Den initiale eksponering (0,5‑1 time efter dosering) af knuste ticagrelor‑tabletter blandet i vand var højere sammenlignet med hele tabletter, hvorefter koncentrationsprofilerne overordnet var identiske (2 til 48 timer).

Fordeling

*Steady state*‑fordelingsvolumen for ticagrelor er 87,5 l. Ticagrelor og den aktive metabolit er i udstrakt grad bundet til humant plasmaprotein (>99,0 %).

Biotransformation

CYP3A4 er det vigtigste enzym ansvarligt for metaboliseringen af ticagrelor og dannelsen af den aktive metabolit, og deres interaktion med andre CYP3A‑substrater spænder fra aktivering til hæmning.

Ticagrelors vigtigste metabolit er AR‑C124910XX, som også er aktiv vurderet ud fra *in vitro*‑binding til trombocyt P2Y12 ADP‑receptoren. Den systemiske eksponering for den aktive metabolit er ca. 30‑40 % af den, der opnås for ticagrelor.

Elimination

Den primære udskillelsesvej for ticagrelor er via metabolisme i leveren. Ved administration af radioaktivt mærket ticagrelor genfindes gennemsnitligt ca. 84 % af radioaktiviteten (57,8 % i fæces, 26,5 % i urin). Genfinding af ticagrelor og den aktive metabolit i urin var begge mindre end 1 % af dosen. Den primære eliminationsvej for den aktive metabolit er mest sandsynligt via galdesekretion. Den gennemsnitlige t1/2 var ca. 7 timer for ticagrelor og 8,5 timer for den aktive metabolit.

Særlige populationer

*Ældre*

Der sås højere eksponeringer for ticagrelor (ca. 25 % for både Cmax og AUC) og den aktive metabolit hos ældre (≥75 år) AKS‑patienter sammenlignet med yngre patienter i den farmakokinetiske populationsanalyse. Disse forskelle anses ikke for klinisk signifikante (se pkt. 4.2).

*Pædiatrisk population*

Der er begrænsede tilgængelige data for børn med seglcellesygdom (se pkt. 4.2 og 5.1).

I HESTIA 3‑studiet blev patienter i alderen 2 til under 18 år, som vejede ≥ 12 til ≤ 24 kg, > 24 til ≤ 48 kg og > 48 kg, givet ticagrelor som pædiatriske dispergible 15 mg tabletter i doser på henholdsvis 15, 30 og 45 mg to gange dagligt. På baggrund af den populationsfarmakokinetiske analyse varierede det gennemsnitlige AUC fra 1.095 ng\*t/ml til 1.458 ng\*t/ml, og det gennemsnitlige Cmax varierede fra 143 ng/ml til 206 ng/ml ved steady state.

*Køn*

Der sås højere eksponeringer for ticagrelor og den aktive metabolit hos kvinder sammenlignet med mænd. Forskellene anses ikke for klinisk signifikante.

*Nedsat nyrefunktion*

Eksponeringen for ticagrelor var ca. 20 % lavere og eksponeringen for den aktive metabolit var ca. 17 % højere hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance < 30 ml/min) sammenlignet med forsøgspersoner med normal nyrefunktion.

Hos patienter i hæmodialyse med nyresygdom i slutstadiet var AUC og Cmax af ticagrelor 90 mg, administreret på en dag uden dialyse, 38 % og 51 % højere, sammenlignet med personer med normal nyrefunktion. En tilsvarende stigning i eksponeringen blev observeret, da ticagrelor blev administreret umiddelbart før dialyse (henholdsvis 49 % og 61 %), hvilket viser, at ticagrelor ikke er dialyserbart. Eksponering af den aktive metabolit steg i mindre grad (AUC 13‑14 % og Cmax 17‑36 %). Inhiberingen af ticagrelors blodpladeaggregering (IPA) var uafhængig af dialyse hos patienter med nyresygdom i slutstadiet og lignede den hos personer med normal nyrefunktion (se pkt. 4.2).

*Nedsat leverfunktion*

Cmax og AUC for ticagrelor var hhv. 12 % og 23 % højere hos patienter med let nedsat leverfunktion sammenlignet med tilsvarende raske forsøgspersoner, men IPA-effekten af ticagrelor var ens for de to grupper. Der er ikke behov for nogen dosisjustering hos patienter med let nedsat leverfunktion. Ticagrelor er ikke blevet undersøgt hos patienter med svært nedsat leverfunktion, og der er ingen farmakokinetisk information om patienter med moderat nedsat leverfunktion. Hos patienter, der havde moderat eller alvorlig forhøjelse i en eller flere leverfunktionstests ved *baseline*, var ticagrelor‑plasmakoncentrationer gennemsnitligt ens eller lidt højere i sammenligning med dem, der ikke havde *baseline*‑forhøjelser. Der anbefales ikke dosisjustering hos patienter med moderat nedsat leverfunktion (se pkt. 4.2 og 4.4).

*Etnicitet*

Patienter af asiatisk afstamning havde en 39 % højere gennemsnitlig biotilgængelighed sammenlignet med kaukasiske patienter. Patienter, der selv opfatter sig som negroide, havde en 18 % lavere biotilgængelighed af ticagrelor sammenlignet med kaukasiske patienter, og i kliniske farmakologistudier var eksponeringen (Cmax og AUC) for ticagrelor hos japanske forsøgspersoner ca. 40 % (20 % efter justering for kropsvægt) højere end hos kaukasiske forsøgspersoner. Eksponeringen hos patienter, der selv opfatter sig som latinamerikanske, var tilsvarende den hos kaukasiske patienter.

**5.3 Non-kliniske sikkerhedsdata**

Non-kliniske data for ticagrelor og dets vigtigste metabolit har ikke påvist uacceptable risici for bivirkninger hos mennesker. Dette baseres på konventionelle undersøgelser af sikkerhedsfarmakologi, toksicitet ved enkeltdosis og gentagne doseringer samt genotoksisk potentiale.

Der blev observeret gastrointestinal irritation hos flere dyrearter ved klinisk relevante eksponeringsniveauer (se pkt. 4.8).

Ticagrelor i høje doser til hunrotter viste en øget incidens af uterine tumorer (adenokarcinomer) og en øget incidens af leveradenomer. De uterine tumorers mekanisme er sandsynligvis hormonforstyrrelser, som kan føre til tumorer hos rotter. Mekanismen bag leveradenomer skyldes sandsynligvis gnaverspecifik enzyminduktion i leveren. Derfor synes de karcinogene fund ikke relevante for mennesker.

Der blev hos rotter set mindre udviklingsanomalier ved en for moderen toksisk dosis

(sikkerhedsmargin på 5,1). Der blev hos kaniner set en ganske lille forsinkelse i hepatisk modenhed og skeletudvikling hos fostre fra moderdyr på høj dosis uden en indikation af toksicitet hos moderen (sikkerhedsmargin på 4,5).

Studier med rotter og kaniner har vist reproduktionstoksicitet med let nedsat øgning af moderens legemsvægt, reduceret neonatal levedygtighed og fødselsvægt samt forsinket vækst. Ticagrelor gav uregelmæssige cyklusser (hovedsageligt forlængede cyklusser) hos hunrotter, men påvirkede ikke den overordnede fertilitet hos han‑ og hunrotter. Farmakokinetikstudier, der blev foretaget med radioaktivt mærket ticagrelor, har vist, at stamstoffet og dets metabolitter udskilles i mælken hos rotter (se pkt. 4.6).

**6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER**

**6.1 Hjælpestoffer**

Tabletkerne

Mannitol (E421)

Croscarmellosenatrium (E468)

Hypromellose (E464)

Calciumhydrogenphosphatdihydrat (E341)

Magnesiumstearat (E572)

Filmovertræk

Hypromellose (E464)

Titandioxid (E171)

Macrogol (E1521)

Talcum (E553b)

Rød jernoxid (E172)

**6.2 Uforligeligheder**

Ikke relevant.

**6.3 Opbevaringstid**

2 år.

**6.4 Særlige opbevaringsforhold**

Dette lægemiddel kræver ingen særlige forholdsregler vedrørende opbevaringen.

**6.5 Emballagetype og pakningsstørrelser**

PVdC/PVC//Alu‑blisterpakning.

Pakningsstørrelser: 14, 56, 60 og 168 filmovertrukne tabletter.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

**6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering**

Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til lokale retningslinjer.

Til patienter, der ikke er i stand til at synke tabletten hel/tabletterne hele, kan tabletterne knuses til et fint pulver, der blandes i et halvt glas vand og drikkes straks. Glasset skal renses med yderligere et halvt glas vand og indholdet drikkes. Blandingen kan også administreres via en nasogastrisk sonde på CH8 eller højere (f.eks. fremstillet af polyuretan, polyvinylchlorid og silikone). Det er vigtigt at skylle den nasogastriske sonde igennem med mindst 25 ml vand efter administration af blandingen.

**7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

Bluefish Pharmaceuticals AB

Gävlegatan 22

113 30 Stockholm

Sverige

**8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)**

71047

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE**

22. maj 2025

**10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN**

-